Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 6 — 18 Janvier 1896. — 7 FRANCS par An.

L'A PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES, par F. Brun. . 33
PRÉPARATION DU MILIEU DE ELSNER (diagnostic bactériologique précoce de la fièvre typhoïde), par M. Elsner. 35

ANALYSES

Médecine : L'action de la compression des extrémités inférieures, dans les cas d'œdème, sur le pouls, la pression sanguine, la composition du sang, la respiration et la diurèse, par M. Stroujensky. — Un cas de septicémie charbonneuse de l'homme avec endocardite et péritonite charbonneuses aiguës, par MM. George Blumer et Hugh H. Young. 35
Dermatologie et Syphiligraphie : De la folliculite ulcérative syphilitique tertiaire du pharynx, par M. Frigano 36
Rhinologie, Otologie, Laryngologie : Empyème de l'antre d'Higmore simulant une rhinite purulente, par M. J. Schmoukler. 36
Thérapeutique et Matière médicale : De l'électrisation dans certaines affections auriculaires, par M. Mounier. — Trois cas de céphalée périodique guérie par l'ergot de seigle, par M. Cappelari 36
Sérothérapie, Opothérapie : Influence d'une alimentation riche en nucléine sur la formation d'acide urique dans l'organisme, par M. F. Umber 36

La question des étrangers et l'enseignement de la médecine, par F. Helme. XXIV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Des abcès du foie, M. Ricard. M. Routier. — De l'intervention dans la grossesse extra-utérine et l'hématocèle vaginal, M. Picqué. MM. Reynier, Lucas-Championnière. — Suture osseuse pour pseudarthrose de l'humérus, M. Berger. — Hydronéphrose intermittente, M. Tuffier XXVI
Société médicale des hôpitaux : La folie hépatique, M. Charrin. — Exploration de la rate par l'effleurement, MM. Catrin et Rendu. — Un cas d'empoisonnement par la créosote, M. Faisans. — Présentation de malades, M. Bourneville XXVI
Société anatomique : Deux cas de gastro-entéro-anastomoses, M. Chaput. — Fibro-myome de la grande lèvre, MM. Pilliet et Grenet. — Lymphadénie aleucémique généralisée avec lésions intestinales chez un enfant de deux ans et demi, MM. Edouard Rist et Raoul Bensaude. — Abcès multiples à streptocoques survenus à la suite d'ingestion de caféine chez un enfant atteint de scarlatine et présentant pendant la vie du streptocoque dans le sang, MM. Bensaude et Méry. — Neuroglione, M. Auclair. — Tumeur du hile du poumon, M. Bureau. — Anévrysme du cœur, M. Bureau. — Fracture de l'omoplate, M. Morestin. — Rétraction de l'aponévrose palmaire, M. Morestin. — Anomalie intestinale, M. Morestin. — Corps étranger dans la trachée chez un enfant de dix-huit mois. Trachéotomie. Guérison, MM. O. Pasteau et Vanverts. — Pachy-pleurite tuberculeuse, M. Auscher. XXVI
Société de thérapeutique : La théobromine, M. Huchard. — A propos des antiseptiques, M. Catillon. M. Dignat XXVII
Société française d'ophtalmologie : Bacille pseudo-diphtérique dans un cas de dacryocystite, M. Fage. M. Morax. — Le raclage cornéen appliqué à la guérison du ptérygion et de la kératite en bandelette, M. de Wecker. MM. Vignes, Jocqs, Darier, Wuillaumenet, Masselon. — Fongus de l'œil, M. Valude. XXVIII
Société obstétricale et gynécologique : Sur un cas d'emphysème sous-cutané nerveux survenu pendant l'accouchement, M. Macé. M. Guéniot. — *Présentation d'instrument*, M. Petit. M. Charpentier. XXVIII
Société de médecine légale : Le secret médical et la déclaration obligatoire des embryons et fœtus, M. Lutaud. MM. Vibert, Leblond, Masbrenier XXVIII
Sociétés étrangères : Allemagne, Russie, Etats-Unis. XXVIII

CHIRURGIE PRATIQUE

Un nouveau bouton anastomotique, par M. H. Chaput. . XXIX

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte, par M. W. Œttinger. XXX

LA QUESTION DES ÉTRANGERS ET L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE

On fabriquait autrefois à Elbeuf des étoffes qui avaient conquis dans tout l'univers une renommée aussi solide que méritée ; l'« Elbeuf » servait à faire les vêtements d'hommes. Dans une famille, quand le papa avait longtemps porté son complet, il le passait à sa ménagère et celle-ci trouvait encore le moyen d'en tirer un habillement dont le petit dernier faisait, comme on dit, ses choux gras. Il y a quelques années, les habitudes du public se modifièrent. On se dit : plutôt que d'avoir un drap inusable, achetons des tissus moins bons, mais aussi beaucoup moins chers; avec la même somme, nous aurons deux vêtements au lieu d'un; le résultat final sera le même, avec cette différence que nous aurons renouvelé plus souvent notre toilette.

Les Anglais saisirent admirablement cette transformation du goût général. Ils s'outillèrent pour fabriquer des « cheviottes », ayant bel aspect et d'un prix relativement modique. Leurs articles se vendirent comme du pain. Vous pensez que nos commerçants songèrent, eux aussi, à suivre la mode? Pas du tout. Ils s'entêtèrent dans la production de leur superbe marchandise que personne n'achetait plus. Il y eut des années difficiles, suivies de désastres, et comme remède à la situation, savez-vous ce qu'on réclama ? Le protectionnisme, qui est en train de ruiner tout doucement le pays.

Eh bien! transportez cet exemple dans le domaine scientifique. Imaginez une Faculté qui a maintenu, envers et contre tout, l'outillage pédagogique qui faisait merveille sous Velpeau et Trousseau. Supposez, d'autre part, l'étranger organisant ses cours à la moderne, Vous comprendrez aussitôt que notre clientèle exotique ne se compose plus que d'étudiants qui viennent s'instruire chez nous, avec l'idée bien arrêtée de s'y établir définitivement.

Comme ce vieux pays de France est celui où il fait le meilleur vivre, on s'est trouvé bientôt trop à l'étroit. Avec la transformation des études, la rage qui pousse nos nationaux vers la médecine, et surtout vers Paris, les locaux sont devenus insuffisants. Alors, sous le fallacieux prétexte de protéger le praticien français, on a imaginé la fameuse circulaire protectionniste qui défend Paris aux étrangers. On a bien raison de blâmer cette mesure, parce qu'elle ne remédie à rien.

Mais si l'on entend soutenir que la France, jusqu'ici trop hospitalière, doit subir la lente invasion de tous ceux qui ne se plaisent pas chez eux, j'estime qu'on a tort. Assez de cosmopolitisme comme cela, n'est-ce pas? Nous voyons journellement où cela nous mène, et il n'y a qu'à regarder autour de soi pour se rendre compte de la jolie besogne qu'accomplissaient tous ces audacieux, venus du dehors, auxquels notre tempérament gogo accordait trop souvent les meilleures places. Nous ne sommes plus, Dieu merci, au temps des vagues équivalences où il suffisait de parler charrabia pour voir s'ouvrir toutes les portes. Nous avons fini par devenir plus raisonnables. L'impôt du sang, qui pèse si lourdement sur chacun de nous, nous a rendus plus clairvoyants, et derrière la formule « la France aux Français! » se montre surtout la volonté absolue d'obtenir pour tous l'égalité devant les charges militaires. — Vous voulez vivre en France? Fort bien. Mais d'abord prouvez-nous que vous voulez être Français, non des lèvres, mais de fait. Passez vos bachots comme les camarades; puis, sac au dos, et à la caserne, mon bon ami! Après quoi, vous prendrez votre place parmi nous, et que Dieu vous assiste! Toute la question est là, pas ailleurs.

Est-ce que, par hasard, le fait d'étudier à Montpellier ou à Bordeaux aura une telle vertu que les futurs confrères, docteurs de ces Facultés, seront plus Français, auront davantage servi le pays que s'ils eussent étudié à Paris? Que nenni!

Pour avoir un résultat pratique, il fallait créer à côté du doctorat en médecine, titre scientifique et général, le médicat, sorte d'autorisation administrative de l'exercice de notre art. Ne pourrait être *médecin* en France qu'un diplômé de l'une de nos Facultés, ayant rigoureusement subi les charges qui incombent à nos nationaux. Et il ne

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

VICHY-CÉLESTINS
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
PURGATION POUR RÉGIME
CARABAÑA
Guérit Congestion, Constipation.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUMÉ.
MÉTRITES : PÉRICOLS
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
HAMAMELIDINE LOGEAIS
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

s'agit point ici de la naturalisation obtenue passé ving-huit ans, et qui impose simplement l'achat d'un bel uniforme et un stage de vint-huit jours comme aide-major dans un régiment. Non. J'entends le véritable impôt, tel que nous l'avons tous gaiement payé au beau temps de notre jeunesse. Pour moi, je le répète, la première partie de la solution de la question des étrangers est là.

Mais ce n'est pas tout. Si nous avons le droit de nous défendre contre des intrus, nous avons, comme corollaire, le devoir d'accueillir tous ceux qui veulent bien recourir à l'enseignement français. On a beau me dire qu'il y a trop de monde à Paris et pas assez en province; qu'il est naturel de répandre sur les départements le trop-plein de la capitale. A cela je réponds qu'il faut voir comment elle accueille le cadeau, la bonne province. Lisez donc, dans un des derniers journaux parus la protestation des étudiants de Montpellier. Vous verrez que le Midi bouge et que, pas davantage que Paris, il n'en veut, lui, de l'exotisme. Quant aux étudiants étrangers, ils se plaignent hautement, et je trouve qu'ils ont bien raison. Leur imposer des milliers de lieues pour qu'arrivés à Paris on leur ferme la porte au nez en les priant d'aller voir à Lyon ou à Nancy ce qui s'y passe, c'est tout de même trop fort. Non, décidément, ce n'est pas encore la circulaire protectionniste qui fera rayonner les idées françaises sur le monde.

C'est que, malheureusement, on n'a envisagé la question que par son côté le plus étroit. Les ressources manquent, dit-on. Erreur. On ne sait pas les utiliser, voilà tout. En Allemagne, on a pu le voir mercredi dernier dans l'excellent article de notre confrère Langlois, on compte près de 5.000 étudiants étrangers. A qui fera-t-on croire que ce qui est possible chez nos rivaux est irréalisable ici? Ce qu'il faudrait, et ce qu'on ne veut pas accomplir, ce serait une transformation de notre outillage pédagogique. Qu'on essaye donc une bonne fois de moderniser l'enseignement, et l'on verra bientôt que ce ne sont ni les maîtres, ni l'argent qui manquent. Seulement, on n'ose pas utiliser toutes les bonnes volontés; et, en outre, on ne veut pas, par une sorte de préjugé routinier, prendre l'argent où il est, c'est-à-dire dans la poche des étudiants qui ne pourraient cependant pas trouver mauvais de payer des leçons dont ils seraient les premiers à profiter.

D'ailleurs, le livre de Lermoyez [1] en main, *doctus cum libro*, je vais, si vous le voulez bien, mettre en parallèle ce que l'on trouve en Autriche, et ce qui existe ici. Cet exemple fera, je l'espère, comprendre pourquoi nous manquons de la clientèle de passage, de la clientèle de ceux qui veulent perfectionner leurs études et pourquoi les étudiants sédentaires étrangers sont devenus à Paris une charge intolérable.

Prenons d'abord l'enseignement à Paris. Tout le monde est d'accord pour reconnaître que les cours sont excellents, mais qu'ils manquent de toute idée pratique. Chez nous, rien de graduel et de complet. A la Faculté, c'est le cours de l'amphithéâtre sans aucun malade. Un verre d'eau sucrée, un peu de craie, de temps à autre quelques schémas, et l'on s'en tire. Le maître épuise son sujet, l'élève tâche de suivre la leçon pendant la première demi-heure, après quoi il s'abîme dans la contemplation de la belle fresque qui décore le grand mur de la salle, et somnole, doucement bercé par les belles périodes de l'orateur. Il en est ainsi trois jours par semaine, pendant tout un semestre. Dans les hôpitaux, c'est la clinique, très savante, très joliment faite, mais sans aucun programme; elle dépend du hasard des admissions. De plus, au lieu d'avoir condensé les diverses branches de l'enseignement, tout est laissé au caprice de la routine. Saint-Louis et la Salpêtrière sont placés aux deux antipodes. Cela n'a pas grand inconvénient pour les élèves français régulièrement inscrits, mais les étrangers, les seuls dont je m'occupe ici, n'y trouvent point leur compte. Même pénurie dans les laboratoires. En dehors du professeur ou des chargés de cours, personne n'y peut enseigner. Et que d'heures, et, par conséquent, de places perdues! Enfin, aucun guide; le rasta, comme on l'appelle avec trop d'irrévérence, ne sait à quelle porte frapper, et bientôt, découragé, il file vers l'Allemagne.

Tout cela, pourquoi? Parce que nous laissons perdre le meilleur de nos forces. A quoi les jeunes gens diligents, capables d'instruire les autres, emploient-ils leur temps? Vous le savez comme moi, à concourir. La pédagogie est le cadet de leurs soucis. Arriver, telle est leur seule préoccupation. Mais voilà X... médecin des hôpitaux. Il a étudié particulièrement la dermatologie; son ambition n'étant pas d'aller plus avant, il pourrait enseigner les dermatoses s'il avait un service. Malheureusement, il n'en a pas. Le roulement est intervenu. Avant d'arriver à Saint-Louis, il lui faudra prendre la file, passer par Sainte-Périne, la Maison-Dubois, etc. Pendant ce temps, le collègue Untel, qui n'avait jamais songé à être peaussier, est promu à Saint-Louis. Celui-ci n'est pas mûr pour l'enseignement. Le sera-t-il jamais? Qu'importe! N'est-ce pas la fonction qui fait l'homme? Pour les agrégés, même antienne. En vertu de la même loi inéluctable du hasard, le bactériologiste fera imperturbablement un cours sur les maladies des voies respiratoires. Sans aucune idée pratique, tout est heurté, tout est sans lieu, sans direction.

Prenons Vienne maintenant. Là chacun a sa place. Qui se destine à l'enseignement sollicite, son dernier *rigorosum* passé, le titre d'aspirant. Admis par son maître, il va rester avec lui trois ou quatre ans; ensuite, il deviendra assistant. Nouveau stage de six ou sept ans. A ce moment, connaissant à fond son métier, s'il veut poursuivre la carrière de l'enseignement, il se fera recevoir agrégé ou encore privat-docent; ce dernier titre est des plus faciles à acquérir. L'assistant présente une thèse, il subit une petite épreuve orale, le *colloquium*, et le voilà muni du droit d'enseigner sur les matières pour lesquelles il a obtenu le titre de docent. On ne s'inquiète pas de sa nationalité, tout ce qu'on lui demande, c'est de parler allemand et de se cantonner strictement dans les limites de son programme. On ne lui doit rien : il a un titre, non une fonction, à lui d'en tirer parti. Si son enseignement est remarquable, on le nommera plus tard professeur extraordinaire : *herr professor*! saluez. Enfin, s'il est tout à fait hors pair : professeur ordinaire. Le nombre des docent est illimité.

En résumé, où nous mettons des obstacles, où nous avons des places en nombre restreint, là-bas on prodigue les faveurs. Montrez-moi vos travaux, dites-moi ce que vous savez faire, et il sera facile de nous entendre. Aussi qu'arrive-t-il? C'est qu'à Vienne, dans le semestre d'été de 1892, on comptait 26 professeurs ordinaires, 21 extraordinaires et 78 privat-docent, qui ont fait 226 cours. A Paris, avec un nombre supérieur d'étudiants, on avait 34 professeurs et 37 agrégés, si je ne me trompe, faisant 32 cours, soit 7 fois moins qu'à Vienne. Maintenant, si l'on décompose en heures la somme des leçons, on avait à Vienne 1.130 heures de cours par semaine contre 96 à Paris, soit 12 fois moins.

Après cela, comment voulez-vous que nous ne soyons pas à l'étroit avec nos cadres étriqués et notre organisation antédiluvienne? Oh! ce n'est pas que tout soit parfait à l'étranger, et certes le vieux favoritisme des familles doit y avoir beau jeu. Mais, il me semble qu'il joue aussi son petit rôle en France. N'entend-on pas journellement dire du pauvre Y... qui n'aura pas réussi dans tel concours : « Que voulez-vous! Il n'avait pas son jury! » Enfin, c'est la question des étrangers que je discute ici et je veux simplement montrer que nous ne sommes pas du tout outillés pour recevoir les étudiants, qui alors se portent de plus en plus vers l'Allemagne.

Là-bas, tout est préparé pour les satisfaire. Le professeur ordinaire doit faire une leçon gratuite par semaine, et c'est tout. En dehors de ce tribut imposé par sa haute charge, il ne doit rien à l'État. Il en profite pour faire des *cours payants, graduels et complets en un temps donné*. Son assistant en fait aussi, de même que le privat-docent. Et il faut voir comme tout ce monde s'ingénie à être pratique pour avoir le plus d'auditeurs possible. Chaque leçon orale est appuyée de nombreuses pièces autopsiales, de coupes histologiques, d'expériences de physiologie, etc. Les malades abondent, on les choisit avec soin, en vue de telle ou telle démonstration. Le cours a été longuement préparé; le programme, bien établi, permet, avec le minimum de temps, d'obtenir le maximum d'effet. Voulez-vous un exemple de la sollicitude que l'on a pour la clientèle étrangère? Depuis quelques années, les Américains du Nord vont beaucoup en Allemagne. Qu'ont fait les privat-docent? Ils ont appris l'anglais et ils professent dans cette langue.

Tout cela doit être fort coûteux, me direz-vous. Ne vous effrayez pas, voici des chiffres. En France, non compris la thèse qui est d'un bon prix, la scolarité revient à 680 francs. A Vienne, elle atteint le chiffre de 857 fr. 50, soit 177 fr. 50 de différence. On a dit que nos traditions s'opposaient à l'enseignement payant. Des rapports d'argent avec les élèves, fi donc! Mais, les maîtres étrangers sont aussi soucieux de leur dignité que nous, et ils n'ont à traiter aucune question pécuniaire avec l'élève. Ceux-ci se font inscrire pour les cours à leur convenance, ils acquittent les droits chez le secrétaire, et la somme est versée à l'actif du professeur, moins une retenue de 25 pour 100 qui est acquise à la Faculté.

Seulement, les professeurs ne doivent pas s'endormir; il leur faut travailler sans relâche, sinon leur cours est vite déserté. Il y a, d'ailleurs, d'heureux dédommagements à cet ennui de répéter toujours les mêmes choses. Certains maîtres se font avec leur cours jusqu'à 40.000 et 50.000 francs par an.

On me demandera peut-être si les praticiens allemands sont plus instruits que les nôtres. Je répondrai que ce n'est point là ma thèse. J'ai voulu montrer seulement qu'il ne suffisait pas de prendre des mesures protectionnistes. Nous devons encore faire tout notre possible pour attirer chez nous la clientèle étrangère de passage. Pour cela, il est de toute nécessité d'utiliser enfin nos ressources, les plus admirables qui soient au monde. Avec les qualités particulières de notre race, clarté, méthode, esprit synthétique, etc., avec le renom de nos maîtres, nous pourrions avoir la première Faculté enseignante. Il serait si facile, l'attrait de Paris aidant, de lutter contre nos rivaux! Faut-il citer une fois de plus l'exemple de l'Institut Pasteur, où l'on est obligé, pour obtenir une place, de se faire inscrire plusieurs mois, sinon un an ou deux à l'avance?

Aussi bien, tout ce que je viens de dire est archiconnu. Seulement, faute de vouloir changer notre train-train journalier, nous préférons prendre des mesures toutes de façade, nuisibles aux intérêts français, et qui ne peuvent contenter personne.

Pour conclure, malgré toutes les circulaires possibles, la question des étrangers reste entière. Si l'on veut une solution rationnelle et digne de notre pays, il faut : 1° imposer à ceux qui veulent vivre chez nous les mêmes charges qu'à nos nationaux, diplômes universitaires français, service militaire, etc.; 2° modifier notre enseignement de fond en comble, le rendre pratique, et faire savoir qu'à Paris, comme ailleurs, on sait utiliser toutes les ressources dont on dispose; l'enseignement, qui n'est que l'accessoire, devrait être la seule préoccupation des professeurs de tous ordres, quitte, bien entendu, à les dédommager magnifiquement de leurs efforts et de leurs peines. Dans ces conditions seulement on aura fait quelque chose d'utile, et nos rivaux ne pourront plus dire ce que disait un professeur à un de ses élèves se rendant en France : Allez là-bas, mon ami, non pour y apprendre ce qu'on y fait, mais pour vous instruire sur ce qu'il ne faut pas faire.

F. Helme.

1. M. Lermoyez. — Rhinologie, otologie, laryngologie. Enseignement et pratique de la Faculté de médecine de Vienne. Paris, 1894.

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Ont obtenu :

Séance du 16 janvier.

De l'intoxication par l'oxyde de carbone.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Florand . . 16	—52 1/2	Le Noir . . . 17	—53 1/2
Barbier . . 18 1/2	—55	Jeanselme . 18 1/2	—55
Gallois. . . 17	—54 1/2		

Séance du 17 janvier.

M.	Tot.	M.	Tot.
Toupet	28 1/2—84	Triboulet . . .	26—80 1/2

Concours de l'Internat. — Ont obtenu :

Séance du 16 janvier.

Les oreillettes du cœur; Etiologie, signes et diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
J. Roger (I. P.) . . .	18—47	Poix (I. P.). . . .	16—41
Castaigne (I. P.) . .	18—47	Tissier (I. P.). . . .	17—43
Véron (I. P.). . . .	18—42	Dartigues	18—45
Terrien (I. P.) . . .	17—46	Deroyer (I. P.). . .	17—40

Séance du 17 janvier.

Sinus de la dure-mère; Signes et diagnostic de l'urémie.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Grosjean (I. P.). . .	18— »	Audistère	16—36
Le Meignen	14—34	Bigard	19—43
Lenglet	16—40	Nicaise.	17—41
Cochemé (I. P.) . .	18—42	Audion	17—43
Farabeuf.	17—40	Pelisse (I. P.) . . .	19—39

La liste d'admission paraîtra mardi matin à midi; il y a cinquante places vacantes.

NOUVELLES

Société de chirurgie. — La *séance annuelle* de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 22 janvier, au siège de la Société.

Le programme est ainsi fixé; 1° allocution du président, M. Théophile Anger; 2° rapport annuel du secrétaire, M. Segond; 3° éloge d'Alphonse Guérin, M. Reclus.

Étude statistique. — Le Dr L. Galliard, médecin de l'hôpital Tenon, désirant faire une statistique générale du pneumothorax par rupture pulmonaire chez les tuberculeux des hôpitaux de Paris et des principales villes de France, a eu l'heureuse idée d'adresser à ses collègues des hôpitaux, une feuille de statistique avec prière d'indiquer le mercredi 22 janvier, à 10 heures du matin, la situation des phthisiques hospitalisés. Nous espérons que les médecins des hôpitaux de Paris et de province répondront à l'appel de leur collègue pour lui permettre de mener à bonne fin les études si intéressantes qu'il a entreprises.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

15 janvier 1896.

Des abcès du foie. — **M. Ricard** lit un rapport sur six observations d'abcès du foie, adressées par **M. Walther**: l'examen bactériologique est resté négatif dans un seul cas. En se basant sur les observations et sur les recherches bibliographiques qu'il a faites, M. Ricard arrive à cette conclusion générale, que la stérilité du pus des abcès hépatiques s'observe dans les cas de dysentérie chronique, lorsque l'inflammation hépatique est elle-même ancienne et à évolution lente.

M. Routier. A l'appui des idées exprimées par M. Ricard, je relaterai le fait suivant: un homme avait été atteint aux colonies, il y a sept ou huit ans, d'accidents dysentériques, avec poussées hépathiques, qui se calmèrent après un traitement médical. Rentré en France, le malade dut suivre encore un traitement et fit une saison à Vichy. La guérison survint et se maintint complète depuis cinq ans, lorsqu'il fut pris, en 1894, de nouveaux accidents hépatiques qui l'obligèrent à entrer dans le service de notre collègue, M. A. Marchand. Au bout de deux mois, il put sortir en bon état de santé; le foie, qui était gros à l'entrée du malade à l'hôpital, était revenu à son volume normal. Il y a six mois, survinrent de nouveaux accidents hépatiques et surtout pulmonaires qui firent croire à la tuberculose. Le diagnostic d'abcès du foie fut néanmoins porté et je pus inciser une volumineuse collection dont le pus fut reconnu stérile. Actuellement mon opéré va très bien.

De l'intervention dans la grossesse extrautérine et l'hématocèle vaginale. — **M. Picqué.** M. Potherat nous a adressé trois observations de grossesse extrautérine, dans lesquelles il a eu recours deux fois à l'hystérectomie vaginale et une fois à la laparotomie.

Le premier cas a trait à une femme de trente-trois ans, chez laquelle le diagnostic de grossesse extrautérine fut porté. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée et l'intervention démontra qu'il s'agissait d'une grossesse tubo-interstitielle.

Dans le deuxième cas, le diagnostic d'hématocèle fut également porté. M. Potherat commence par la colpotomie et termine par l'hystérectomie vaginale.

La troisième malade présentait des phénomènes abdominaux péritonitiques; on attendit quelques jours, puis, l'état s'aggravant, la laparotomie fut décidée et pratiquée. La poche fut marsupialisée, mais le placenta ne fut pas extrait.

Les trois malades ont guéri. Chez la dernière, il survint quelques symptômes de septicémie qui purent d'ailleurs être enrayés.

A propos de ces trois cas, je voudrais essayer d'établir quelques règles précises sur le traitement de la grossesse extrautérine proprement dite et de l'hématocèle intra-utérine. Sous cette dernière appellation, on confond des lésions qui ne sont nullement comparables. Il faut, selon moi, distinguer les grossesses extrautérines en évolution, des hématocèles proprement dites qui ne sont que des grossesses arrêtées dans leur développement.

Pour les premières, je crois que la seule opération qui leur convienne est la laparotomie, que j'ai préconisée dans la thèse de mon élève Regnault.

Pour les secondes, les hématocèles proprement dites, j'avais, jusque dans ces derniers temps, pratiqué la laparotomie. Mais, dans un cas récent, que j'avais soumis à M. Bouilly, j'ai eu recours à l'incision vaginale simple et le résultat s'est montré si favorable que je m'en tiendrai désormais à cette intervention.

Quant à l'hystérectomie vaginale, en raison même de l'unilatéralité des lésions, je pense qu'elle n'est qu'exceptionnellement indiquée, comme dans la première observation de M. Potherat où il s'agissait de grossesse tubo-interstitielle.

Si le fœtus est vivant et que l'on se trouve au quatrième, cinquième mois, faut-il attendre? L'expectation n'est admissible que si la mère ne court aucun danger. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'expectation est souvent dangereuse. Après le septième et le huitième mois, le fœtus sera extrait vivant par la laparotomie, qui doit seule ici être pratiquée.

Quant à la poche, on la marsupialisera, comme l'a fait M. Potherat, d'après son observation.

Je me résumerai en disant: 1° la grossesse extrautérine vraie est justiciable de la laparotomie; 2° l'hématocèle rétroutérine, symptomatique d'un hématosalpynx sans fœtus, sera traitée par la colpotomie; 3° l'hystérectomie vaginale n'est à recommander que dans des cas tout à fait exceptionnels.

M. Reynier. Le rapport fort intéressant de M. Picqué a trait à deux points principaux: 1° Le diagnostic de la grossesse extra-utérine; 2° le traitement de cette grossesse extra-utérine, compliquée d'hémorrhagie.

M. Picqué me reproche d'avoir établi une confusion entre les grossesses extra-utérines compliquées d'hémorrhagies et les grossesses tubaires arrêtées dans leur développement et s'accompagnant à un moment donné de la rupture de la poche.

S'il est possible de diagnostiquer la grossesse extra-utérine en voie d'évolution après cinq mois, il me semble assez difficile, avant cette époque, de savoir si les accidents hémorrhagiques pour lesquels on intervient sont dus à une grossesse tubaire avec ou sans fœtus. Les métrorrhagies, l'augmentation du volume des seins, la sécrétion lactée, etc., se retrouvent et dans la grossesse extra-utérine avec fœtus et dans la grossesse extra-utérine sans fœtus. Pour ma part, j'estime qu'il est actuellement impossible de poser le diagnostic de la présence ou de l'absence d'un fœtus dans un cas de grossesse extra-utérine compliquée d'hémorrhagie. Et c'est précisément parce qu'avant l'intervention je suis incapable de préciser ce diagnostic que j'ai fait à dessein la confusion que me reproche M. Picqué. C'est d'ailleurs à ce même point de vue que se placent les auteurs allemands qui ne font pas non plus cette distinction avant le cinquième ou sixième mois.

Quant au traitement, on a le choix entre la laparotomie, l'hystérectomie vaginale et la colpotomie. L'hystérectomie me semble condamnable parce que la lésion est unilatérale et n'exige pas par conséquent la castration. La laparotomie et la colpotomie sont donc seules à s'opposer. MM. Bouilly, Routier, Picqué soutiennent l'incision vaginale. Je trouve au contraire que cette intervention n'est pas à recommander, parce qu'elle est aveugle et insuffisante. J'y ai eu recours récemment dans deux cas. Pour l'une de mes malades, j'ai dû faire consécutivement une hystérectomie vaginale, des accidents septicémiques étant survenus. Chez l'autre, j'ai obtenu une guérison opératoire, mais j'ai dû laisser une grosse masse au niveau des annexes gauches. Mon opération a donc été incomplète et je surveille de près mon opérée.

Tout au contraire, la laparotomie permet de voir clairement, de se rendre compte de l'étendue des lésions et d'enlever tout ce qui est malade, lorsqu'il y a possibilité de le faire. Au Congrès de chirurgie, j'ai rapporté douze observations tendant à prouver ce que j'avance [1]. Dernièrement j'ai eu recours encore à l'ouverture du ventre dans un cas examiné par MM. Landrieux et Maygrier qui croyaient à l'existence d'un fœtus. Il n'y avait pas de fœtus, mais la laparotomie m'a permis d'enlever les annexes malades, de faire une opération complète et d'obtenir une guérison définitive et rapide.

Je conclurai donc à la supériorité de la laparotomie sur la colpotomie.

M. Lucas-Championnière. Telle qu'elle a été posée, la question me semble insoluble. En effet, ce serait le diagnostic qui primerait tout. Or, plus de la moitié au moins des cas de grossesse extra-utérine sont des erreurs de diagnostic.

Quand au traitement, il y a longtemps que j'ai déjà protesté contre l'opération par la voie vaginale. On agit à l'aveugle par la colpotomie et l'intervention est le plus souvent incomplète. La laparotomie seule permet de voir clair et d'enlever tout, quand la chose est possible. En cas d'impossibilité d'une extirpation complète, on marsupialisera, ainsi que je l'ai fait, il y a douze ou treize ans, avant la création de cette expression. Il faut également savoir que dans certains cas, les parois de la poche sont tellement vasculaires qu'on ne peut tenter même le lavage, par crainte d'une hémorrhagie; le tamponnement immédiat et rapide peut seul conjurer les accidents.

Relativement à la viabilité du fœtus, je crois que les discussions auxquelles elle a donné naissance, de la part des accoucheurs, n'ont pas leur raison d'être. Si l'on veut bien réfléchir aux faibles chances de survie de l'enfant et aux grands risques courus par la mère, on conclura que l'expectation n'est pas à tenter et qu'il vaut mieux opérer de suite, sans chercher à avoir un fœtus viable dont les jours sont d'ailleurs bien peu assurés.

1. Voy. *Presse médicale*, 13 nov. 1895, n° 57, p. 458.

Suture osseuse pour pseudarthrose de l'humérus. — **M. Berger** montre un malade auquel il a pratiqué une suture osseuse pour une pseudarthrose de l'humérus. Il s'agit d'un homme qui s'était fracturé l'extrémité supérieure de l'humérus; la fracture s'accompagnait d'un épanchement sanguin qui suppura sous l'appareil de Hennequin. La guérison se fit lentement et incomplètement; en effet, six mois après sa sortie de l'hôpital, le malade se refracturait l'humérus. Une pseudarthrose s'ensuivit. La résection des fragments fut pratiquée sans résultat. Dix-huit mois plus tard, la suture osseuse était faite avec deux fils d'argent. Aujourd'hui, dix mois après l'opération, le résultat est excellent.

Hydronéphrose intermittente. — **M. Tuffier** présente un rein hydronéphrotique. L'hydronéphrose était causée par une coudure de l'uretère qui est particulièrement nette sur la pièce présentée. F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

17 janvier 1896.

Folie hépatique. — **M. Charrin.** En juillet 1892, j'ai signalé des troubles psychiques, dépendant du foie, troubles étudiés par Klippel, en août de la même année.

A l'occasion de la communication de M. Joffroy, sur son conseil, je rapporte une nouvelle observation.

Il s'agit d'un individu, âgé de cinquante-deux ans, entré à l'hôpital pour une pleurésie.

Cet individu, sans antécédents héréditaires, avait fait de nombreux excès de boisson; toutefois, pour des raisons spéciales, depuis plus d'un an, il n'avait pu boire la moindre goutte d'alcool.

En dehors des signes pleuraux, il avait un foie volumineux, une rate assez grosse.

Malgré le traitement, l'état général allait fléchissant, lorsque, le 13 de ce mois, est survenu un délire, qui, par tous ses caractères, a rappelé le type et la forme classiques du délire alcoolique.

Cet homme apercevait sans cesse des gendarmes, des assassins, des rats, des serpents, des animaux divers, courant sous son lit. Puis, l'exaltation croissant, il s'est armé, pour lutter contre ses ennemis imaginaires, des divers objets, flacons, récipients, etc., placés à sa portée, pour les lancer sur ses ennemis.

Or, parallèlement à ces troubles l'affection du foie s'est aggravée (urobilinurie, teinte jaunâtre, etc., plus considérables).

On est en droit, bien qu'on ait constaté en dehors des lésions du foie, quelques modifications méningées, de rapprocher ces troubles psychiques des lésions hépatiques.

Exploration de la rate par l'effleurement. — **M. Catrin** (Val-de-Grâce). Je tiens à signaler les dangers de la percussion de la rate: rupture possible, douleur; de plus, la percussion est extrêmement difficile à faire d'une façon précise, il faut l'effectuer dans le décubitus sur le flanc droit, ce qui permet à la rate de s'écarter de la paroi, laissant s'interposer ainsi une anse intestinale, ce qui fausse la percussion. L'effleurement donne de meilleurs résultats, il consiste à placer la main droite dans le flanc gauche, puis appuyant très légèrement la pulpe, on remonte et très facilement on sent le rebord de la rate.

M. Rendu. Je pense également que la percussion de la rate est très difficile à effectuer; on ne peut avoir de renseignement précis qu'en percutant cet organe avec une grande légèreté.

Un cas d'empoisonnement par la créosote. — **M. Faisans** rappelle l'observation d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire chronique, traité par des injections d'huile créosotée au 1/15; la quantité d'huile injectée fut de 140 grammes, représentant environ 9 grammes de créosote par jour, suivant le procédé de M. Burlureaux. Les symptômes de cet empoisonnement furent surtout des phénomènes nerveux, délire, dilatation pupillaire. Les urines furent rares, très foncées, presque noires. Les phénomènes nerveux auraient pu faire croire à une méningite tuberculeuse, mais un examen approfondi montrait qu'il ne s'agissait que d'une pseudo-méningite toxique. M. Burlureaux, du reste, a présenté plusieurs exemples d'intoxication par la créosote; urines noires, sueurs profuses, hypothermie; tels sont les trois symptômes principaux de cette intoxication; et ce sont eux qui permettent de faire le diagnostic lorsque, d'autre part, les phénomènes nerveux pourraient faire penser à l'existence d'une complication méningée dans le cours d'une tuberculose pulmonaire.

Idiotie myxœdémateuse. — **M. Bourneville** présente six malades atteints d'idiotie myxœdémateuse; le traitement thyroïdien n'a pas encore été commencé; M. Bourneville se propose de ramener ces malades après quelques mois de traitement. E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

17 janvier 1896.

Deux cas de gastro-entéro-anastomoses. — **M. Chaput** montre deux pièces, provenant de malades auxquels il avait pratiqué la gastro-entéro-anastomose.

Le premier était un individu déjà cachectisé par une

tuberculose pulmonaire avancée, et qui présentait tous les phénomènes de rétrécissement pylorique. On anesthésie le malade au moyen de l'éther et M. Chaput fait une ouverture stomacale qu'il abouche à une anse du jéjunum. Il pratique, en outre, une ligature d'une anse intestinale à la gaze iodoformée, pour empêcher le reflux de la bile et fait une entéro-anastomose. Le malade meurt le lendemain d'une congestion pulmonaire due à l'éther. L'autopsie montre qu'il n'y a pas d'infection péritonéale. Les sutures étaient parfaites, il n'y avait pas de filtration des matières.

Le second malade présentait également les symptômes de rétrécissement pylorique et était très cachectique. L'opération fut pratiquée comme dans le premier cas. La mort survint, par cachexie, quelques jours après. Il n'y avait pas de péritonite. Les sutures étaient également parfaites. A un certain point même, la séreuse péritonéale était complètement réunie, Cet estomac présentait en outre, un autre intérêt. Il y avait une hypertrophie avec induration des parois stomacales, avec un maximum d'intensité au niveau de la région pylorique et rétrécissant le pylore. C'est une linite plastique. L'examen microscopique n'a pas encore été pratiqué.

Fibro-myome de la grande lèvre. — **MM. Pilliet et Grenet** présentent une tumeur, trouvée chez une femme au niveau de la grande lèvre. Cette tumeur était mamelonnée et était en connexion avec le ligament rond. On avait porté le diagnostic épiplocèle. On l'enlève, et l'examen microscopique montra que l'on avait affaire à un fibro-myome kystique. Les kystes étaient formés par la fonte des fibres musculaires lisses.

Lymphadénie aleucémique généralisée avec lésions intestinales, chez un enfant de deux ans et demi. — **MM. Edouard Rist et Raoul Bensaude** présentent la rate, l'intestin, les ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques de cet enfant, qui a succombé avec les signes d'une anémie profonde, sans que l'examen du sang ait révélé la moindre augmentation du nombre des globules blancs, mais ils y ont trouvé quelques globules rouges à noyaux. L'intestin présentait une hypertrophie généralisée de follicules isolés et des plaques de Peyer. La rate, le foie, les ganglions viscéraux étaient très augmentés de volume. Les groupes ganglionnaires extérieurs étaient indemnes.

Abcès multiples à streptocoques survenus à la suite d'injections de caféine chez un enfant atteint de scarlatine et présentant pendant la vie du streptocoque dans le sang. — **M. Bensaude** communique, au nom de M. Méry et au sien, l'observation d'un enfant de cinq ans, atteint d'angine diphtérique compliquée de scarlatine, chez lequel les accidents cardiaques nécessitèrent l'emploi de la caféine. Les injections de benzoate de caféine faites avant l'apparition de la scarlatine ne donnèrent lieu à aucun accident, mais toutes celles faites après devinrent le point de départ d'indurations inflammatoires ou d'abcès. L'examen bactériologique de la gorge, faite après l'apparition de la scarlatine, celui du pus des abcès et du sang sept heures avant la mort, révéla l'existence du streptocoque à l'état pur et ayant partout les mêmes caractères de culture, etc.

Cette observation réalise donc cliniquement ce fait bien connu des expérimentateurs, à savoir : qu'un traumatisme au cours d'une infection généralisée appelle l'infection sur l'endroit traumatisé. Elle doit être rapprochée de trois cas publiés par M. Netter et par M. Zuber où des abcès multiples à pneumocoques étaient survenus dans des conditions analogues.

La présence du streptocoque dans le sang pendant la vie rend cette observation particulièrement intéressante.

Neuro-gliome. — **M. Auclair** rapporte l'histoire d'une femme traitée dans le service de M. le professeur Cornil, et qui présentait des phénomènes méningitiques. A l'autopsie, on trouva une congestion intense des méninges, et, au niveau du lobe pariétal droit, en plein parenchyme cérébral, une induration diffuse, formée d'éléments névrogliques.

Tumeur du hile du poumon. — **M. Bureau** rapporte l'histoire d'une femme âgée de quarante-cinq ans, soignée dans le service de M. Audhoui. Elle présentait tous les symptômes d'un épanchement pleural, qui se renouvelait très rapidement après chaque ponction évacuatrice. Cette femme mourut au milieu d'une crise de dyspnée.

A l'autopsie on trouva, au niveau du hile du poumon droit, une énorme tumeur qui infiltrait le poumon. Un examen microscopique extemporané put faire pencher vers le diagnostic de lymphadénome.

Anévrysme du cœur. — **M. Bureau** présente un cœur d'un individu qui avait présenté plusieurs crises d'asystolie et qui finit par mourir du fait d'une de ces crises. Le ventricule gauche présentait au niveau de sa pointe et de sa paroi antérieure une dilatation. La myocarde à ce niveau était complètement disparu et remplacé par une plaque fibro-calcaire.

Fracture de l'omoplate. — **M. Morestin** montre une fracture longitudinale incomplète de l'omoplate. Le malade présentait en outre une fracture du crâne et du radius. Le mécanisme de la fracture de l'omoplate, ne peut être expliqué.

Rétraction de l'aponévrose palmaire. — **M. Morestin** présente une dissection d'un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire. La rétraction siège bien au niveau de l'aponévrose, mais surtout au niveau des expansions qui en partent et qui vont à l'annulaire et au médius.

Anomalie intestinale. — **M. Morestin** montre un intestin qui présentait : 1° un diverticule de Meckel de 7 à 8 centimètres de long ; 2° une malformation du gros intestin. Le cœcum était flottant au milieu des anses intestinales près de l'ombilic. Le côlon ascendant remontait jusqu'au devant du rein droit. Il y avait là une coudure ; le gros intestin redescendait dans le *flanc droit* en passant sous le cœcum et se dirigeait vers le petit bassin.

Corps étranger dans la trachée chez un enfant de dix-huit mois. Trachéotomie. Guérison. — **MM. O. Pasteau et Vanverts** rapportent une observation de corps étranger de la trachée chez un enfant de dix-huit mois. Il s'agissait d'un gros pepin de citron qui n'a pu être éliminé qu'après la trachéotomie. L'opération ayant été faite aseptiquement, on essaya la suture complète de la plaie. Mais dès le lendemain, la température s'éleva à 40 degrés et les points de suture furent enlevés, On dut même replacer une canule à trachéotomie. Par la suite, il survint de la broncho-pneumonie contre laquelle on employa les enveloppements humides généraux à 18 degrés,

Il y eut quelque difficulté à décanuler l'enfant : on y parvint en employant une canule perforée à sa face convexe et dont on obstruait de temps en temps l'orifice extérieur ; cette *canule à double effet* permit au petit malade de s'habituer à respirer par son larynx et finalement il put guérir.

A propos de cette observation MM. Pasteau et Vanverts font remarquer :

1° *Au point de vue clinique* : la possibilité constatée par deux fois de faire redescendre dans la trachée un corps obstruant la glotte par sa face inférieure, en imprimant au malade des secousses violentes et brusques de haut en bas.

2° *Au point de vue opératoire*, la nécessité d'être prêt à pratiquer une trachéotomie immédiate, dès qu'on essaie de provoquer l'expulsion d'un corps étranger de la trachée par les voies aériennes supérieures.

3° *Au point de vue des suites de l'opération*, l'infection de la plaie par sa partie profonde et le bon résultat du traitement, par les enveloppements humides généraux.

Pachy-pleurite tuberculeuse. — **M. Auscher** rapporte l'observation d'un homme qui, à la suite d'un traumatisme thoracique, présenta des phénomènes d'épanchement pleural hémorrhagique. La ponction fut pratiquée, l'épanchement se reproduisit. Ce malade présentait en même temps des signes de cirrhose, et des phénomènes nerveux graves, délire, troubles moteurs, etc. On voulut rattacher en clinique ces phénomènes nerveux à la lésion hépatique. L'autopsie montra les lésions suivantes : 1° Un foie atteint de cirrhose pigmentaire ; 2° Une rate grosse et pigmentée ; 3° Une pachy-pleurite tuberculeuse énorme sans tuberculose pulmonaire ; 4° Une tuberculose méningée.

R. Marie.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

8 janvier 1896.

La théobromine. — **M. Huchard.** Etudiée en 1882 par Botzensky, en 1883 par les Allemands et par Gubler qui en fait un médicament dynamophore, la théobromine est mise en expérience à nouveau par Schroeder en 1888, par Gramm en 1890. Une thèse de la Faculté en 1890, une communication de M. le professeur Germain Sée à l'Académie de médecine en 1893, une étude de M. Hallopeau, constituent en France tout le bilan bibliographique de la question.

C'est des résultats de mon expérience personnelle que je viens entretenir la Société ; expérience basée sur l'emploi de plus de 2 kilogrammes de théobromine, au cours du traitement de plus de 200 malades dont je possède l'observation détaillée.

La théobromine, qui se présente sous l'aspect de cristaux blancs, amers, est insoluble dans l'eau, dans l'alcool. Elle se dissout dans la benzine. L'addition à l'eau distillée de benzoates, de salicylates, de cinnamates, n'arrive pas à provoquer sa dissolution, comme le fait à lieu pour la caféine.

Sa valeur chimique a été bien mise en évidence par Gauthier et Fischer qui ont fait sa synthèse. C'est une xanthine diméthylée, comme la caféine est une xanthine triméthylée et les transformations chimiques de ces deux bases extraites l'une du cacao, l'autre du thé, les rattachent à la série urique.

Le mode d'élimination de la théobromine est très discuté. Pour Villejean, elle s'élimine en nature, inaltérée, dans les urines où on la trouve à côté de leucomaïnes xanthiques multiples.

Pour Gotlieb et Botzensky, elle s'élimine à l'état de monométhylxanthine, mais je n'attache qu'une importance relative aux travaux de ces auteurs : ils ont expérimenté sur des animaux qui, à l'état normal, ont des monométhylxanthines dans leurs urines.

Laissez-moi vous mettre en garde en passant contre cette soi-disant théobromine qu'on vend dans le commerce sous le nom de diurétine. C'est là un mélange de soude à 4 pour 100, de théobromine à 18 pour 100, de salicylate de soude à 16 pour 100. Et ce mélange est un très mauvais mélange, très toxique, comme l'ont montré les recherches de Gley sur les chiens. On l'a vu provoquer des accidents de tachycardie, d'arythmie, de cyanose, qu'on ne doit pas imputer à la présence de la théobromine, comme je vous le montrerai tout à l'heure.

Il est donc entendu que nous prescrirons de la théobromine cristallisée. Mais à quelle dose ? La dose moyenne est de 3 à 5 grammes. J'ai donné bien moins (1 gramme et demi). J'ai donné bien plus (8 grammes), mais la théobromine provoque assez souvent des troubles d'ordres divers, chez un dixième des malades. Il y a à cet égard des intolérances remarquables avec lesquelles on lutte avec succès, en ayant soin d'augmenter progressivement les doses du médicament et en prescrivant ce médicament à doses fractionnées.

Parmi les accidents que provoque la théobromine, il faut citer, en premier lieu, la céphalée. Cette céphalée théobromique a des caractères bien spéciaux.

Elle n'est pas pulsatile comme la céphalée qui suit l'ingestion de trinitrine.

Elle ne s'accompagne pas de bourdonnements et de vertiges comme la céphalalgie quinique.

La céphalée théobromique commence par une tempe ; puis elle s'étend progressivement à l'autre tempe. Elle envahit finalement toute la tête qu'elle alourdit. C'est une véritable céphalée en casque.

Comme autres accidents au cours de l'injection de théobromine, nous citerons quelques rares phénomènes d'excitation cérébrale qui ne vont pas jusqu'au délire, et parfois des troubles digestifs (nausées et vomissements).

Étudions maintenant les effets de la théobromine sur le filtre rénal chargé de l'éliminer. Deux cas se présentent : le rein est indemne de lésions ou il est malade.

Avec un rein sain, jamais la théobromine n'a provoqué l'apparition d'albumine.

Quand le rein est pathologique, on peut constater une augmentation légère de l'albuminurie préexistante, assez rare d'ailleurs, puisque je n'en ai observé que 3 cas.

Le plus remarquable de ces 3 cas a trait à une jeune fille de quinze ans. Elle entra dans mon service le 5 décembre avec un taux de 10 grammes d'albumine. On administra, trois jours durant, 2 grammes de théobromine par jour, en cachets de 50 centigrammes. L'albumine monta à la dose de 10 gr. 70. Le traitement une fois suspendu, l'albumine diminua : on n'en constata plus que 7 gr. 40. Une nouvelle expérience avec la théobromine modifia la quantité d'albumine qui monta à 11 gr. 40.

Il s'agirait maintenant de savoir par quel mécanisme la diurèse théobromique augmente le taux d'albumine chez les albuminuriques.

S'agit-il d'une action directe sur l'épithélium rénal ? S'agit-il simplement d'une action indirecte, l'augmentation de l'albumine répondant à la quantité de l'albumine contenue dans les œdèmes et les hydropisies que le traitement fait se résorber ? Je ne saurais le dire, mais j'ai cru remarquer que la théobromine provoquait une augmentation dans la force et dans le nombre des impulsions cardiaques.

Et maintenant, quels sont les caractères de la diurèse théobromique ? Elle se produit rapidement en vingt-quatre heures. Elle cesse complètement trois jours après la dernière prise du médicament. Elle est donc plus rapide à se produire et plus rapide à disparaître que la diurèse digitalique. Elle diffère aussi à ce point de vue de la diurèse produite par la caféine, caféine qui, de plus, provoque des phénomènes d'excitation cérébrale.

Comme technique d'administration de la théobromine, j'indiquerai le *modus faciendi* suivant, qui m'a donné les meilleurs résultats. Le premier jour, je prescris 3 grammes de théobromine en six cachets ; le deuxième, j'ordonne 4 grammes en huit cachets ; le troisième jour, je fais prendre 5 grammes en dix cachets et je continue encore cette dose pendant trois ou quatre jours.

Ces doses assez élevées peuvent être prescrites sans danger. La théobromine n'est pas toxique et ne s'accumule pas dans l'organisme. Il a fallu 6 grammes de théobromine pour provoquer la mort d'un chien de 6 kilogrammes.

Tout ce que j'ai observé quant aux effets physiologiques de la théobromine est de peu d'importance. Les tracés sphygmographiques n'ont montré rien de constant. La tension m'a paru parfois diminuée au sphygmomanomètre.

Enfin je tiens à vous montrer les excellents effets du médicament. Je l'ai vu, entre autres faits, faire merveille chez un malade atteint de myocardite avec hypertrophie et dilatation du cœur, avec thrombose cardiaque, albuminurie et asystolie, chez lequel tous les agents de la diurèse avaient échoué. M. Rendu pourrait corroborer tout ce que je vous dis de la théobromine.

Je me résume donc :

1° La théobromine est un des diurétiques les plus fidèles ;

2° La théobromine exalte l'action de l'épithélium rénal sans l'altérer ;

3° C'est exceptionnellement (3 cas sur 200 observations) alors même que le rein est malade, qu'on constate une augmentation de l'albuminurie, augmentation probablement due à la résorption des œdèmes dans l'ascite ;

4° Les indications cliniques de la théobromine sont les scléroses cardiaques et rénales, les cardiopathies artérielles et les néphrites à prédominance épithéliale ou interstitielle ;

5° On ne gagne absolument rien à associer la théobromine à la digitale, à la caféine, à la lactose ;

6° Il est utile de prolonger l'action de la théobromine par l'adjonction d'un demi ou d'un milligramme de digitaline, le jour qui suit la dernière prise du médicament ;

7° La diurèse théobromique est rapide : elle apparaît dès le premier jour ; elle ne persiste que trois ou quatre jours ; elle est abondante et monte d'ordinaire à 5 litres ; elle ne s'accompagne pas d'effets accumulatifs, ni d'accidents avec lesquels il faille compter ; elle peut être prolongée, eu égard à la faible toxicité de la théobromine ;

8° La théobromine peut échouer ; mais, alors que les diurétiques ont failli à leur action, il arrive fréquemment qu'elle réussit ;

9° Sa dose moyenne, journalière, est de 3 à 5 grammes ;

10° Son emploi dans les maladies infectieuses (pneumonie) ou toxiques (cirrhoses hépatiques) m'a semblé donner de bons effets dans la dépuration urinaire.

A propos des antiseptiques. — **M. Catillon.** M. Dignat, dans notre dernière séance, a jeté un bruyant cri d'alarme sur les dangers des antiseptiques. Il a fait leur procès et en particulier il a signalé les dangers du gaïacol. Je n'ai pas assez d'expérience personnelle sur ce médicament pour en parler, mais je sais fort bien que la créosote, pour être supportée, demande à être prescrite à doses d'abord très faibles, puis progressivement croissantes, doses qui peuvent atteindre 12 à 15 grammes par jour, comme l'a montré M. Burlureaux.

Ce que je tiens à dire, c'est qu'il n'est pas un médicament qui n'ait provoqué des accidents ou qu'on n'ait accusé d'en produire, par une mauvaise interprétation des faits. Est-ce une raison suffisante de se priver à jamais d'un auxiliaire utile, parce qu'au cours d'une pratique plus ou moins longue, on aura observé des accidents qui ne lui sont pas toujours d'ailleurs directement imputables ?

M. Dignat. Je ne proscris pas les médicaments auxquels fait allusion mon collègue. J'ai observé des accidents redoutables, toujours possibles avec eux. Je me mets en garde et j'avertis mes collègues. Le *post hoc, ergo propter hoc*, sans être toujours vrai, l'est parfois. C'était le cas dans les observations que j'ai citées.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Janvier 1896.

Bacille pseudo-diphtérique dans un cas de dacryocystite. — **M. Fage** (d'Amiens). On a déjà signalé dans diverses conjonctivites la présence du bacille pseudo-diphtérique, différant de celui de Löffler seulement par son manque de virulence. Je viens de l'observer au cours d'une poussée aiguë dans une dacryocystite chronique. L'ensemencement sur les différents milieux de culture nous l'a montré avec ses caractères classiques.

L'inoculation dans la conjonctive d'un lapin d'une culture pure de ce bacille prise sur sérum ne donne pas de résultat positif ; mais sur la muqueuse pharyngée d'un pigeon on obtient une petite fausse membrane qui contient le bacille. Pour établir la non virulence de ce microbe, nous avons pratiqué une injection sous-cutanée de 3 centimètres cubes de culture en bouillon à un cobaye qui n'a pas succombé. Ni dans les fosses nasales, ni dans la bouche, nous n'avons trouvé de bacille identique à celui observé dans le sac conjonctival.

Certains bactériologistes nient l'identité du bacille virulent de Löffler. Mais Roux et Yersin pensent que la différence de virulence ne comporte pas la différence d'origine, et que l'un n'est qu'une forme atténuée de l'autre. Dans ces conditions, on est en droit de se demander si le bacille pseudo-diphtérique ne joue pas certain rôle dans les conjonctivites et dans les dacryocystites, soit en prenant de la virulence, soit en s'associant à d'autres microbes. Toujours est-il que chez notre malade il semblait pour ainsi dire prévaloir sur les bactéries qui lui étaient associées, et qui, d'ailleurs, étaient des espèces non pathogènes.

M. Morax. On abuse un peu de la dénomination de bacille diphtérique. Sur presque toutes les muqueuses, on trouve des colonies blanches, qu'on appelle pseudo-diphtériques et qui ressemblent, en effet, au bacille vrai, mais en diffèrent par les effets obtenus au moyen de l'inoculation.

Il faut d'autres expériences pour affirmer que ces bacilles, non virulents, peuvent ensuite se transformer en vrai bacille diphtérique virulent.

Sur sérum, ces bacilles viennent très facilement tandis que sur gélose, il y aurait peut-être une autre flore. Il faut d'abord examiner sur lamelles, pour avoir une idée du nombre ; puis, il faudrait employer d'autres milieux. Le bacille de Wecks est confondu souvent avec le pseudo-bacille ; mais il en diffère par ses caractères de culture.

On ne peut donc affirmer que le bacille trouvé dans le cas de M. Fage puisse avoir joué un rôle pathogène.

M. Fage. Je n'ai pas posé de conclusions affirmatives. J'ai fait des cultures sur tous les milieux et j'ai toujours trouvé les caractères du vrai bacille. Je crois, par conséquent, avoir eu à faire au vrai bacille pseudo-diphtérique ; mais, je ne puis affirmer que ce ne soit pas un bacille atténué.

Le raclage cornéen appliqué à la guérison du ptérygion et de la kératite en bandelettes. — **M. de Wecker.** Je pratique maintenant dans le traitement du ptérygion, le raclage de la cornée à l'aide d'une petite curette tranchante, suivi d'une irrigation antiseptique, et ce procédé m'a donné de très bons résultats. Très bon dans les ptérygions de peu d'étendue, sera-t-il aussi efficace dans les grands ptérygions ?

Dans les kératites en bandelettes, le même mode d'opérer m'a donné des résultats satisfaisants.

M. Vignes. Je suis étonné ds la guérison facile dont M. de Wecker nous parle, car les récidives du ptérygion sont fréquentes après l'opération. Il y a peut-être plusieurs espèces de ptérygions, les uns bénins et les autres malins. Dans la kératite en bandelettes, comme dans le ptérygion, je préfère une simple application de galvano-cautère, précédée pour le ptérygion de son excision.

M. Jocqs. Je fais le traitement dont M. de Wecker vient de nous parler, depuis deux ans, et j'en suis fort satisfait pour le ptérygion et pour la kératite en bandelettes, où j'obtiens, en quelques jours, la guérison de cas remontant à plusieurs semaines.

M. Darier. J'emploie volontiers le thermo-cautère superficiellement, mais en y ajoutant les injections sous-conjonctivales dans la kératite en bandelettes. Pour le ptérygion, le raclage fait avec le couteau donne les mêmes résultats que celui qua l'on pratique avec une curette.

M. Wuillaumenet. Je viens de traiter deux cas de kératite par le procédé indiqué par M. de Wecker et j'ai obtenu rapidement la guérison.

M. Masselon. Il y a une grande différence entre le raclage par la curette et l'abrasion par le couteau. Avec la curette, on n'enlève que les parties malades, sans toucher aux parties saines.

Fongus de l'œil. — **M. Valude.** Je présente à la Société les pièces obtenues à la suite de l'énucléation d'un œil, pratiquée chez un enfant atteint d'un fongus siégeant à 3 millimètres de la cornée. Cette tumeur présente des cellules géantes, un nodule et ne renferme pas de bacilles. Elle se rapproche un peu de la gomme. On remarque qu'elle présente une espèce d'entonnoir saillant, qui va en pénétrant dans la sclérotique.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Janvier 1896.

Sur un cas d'emphysème sous-cutané survenu pendant l'accouchement. — **M. Macé.** Une primipare est prise pendant le travail d'une violente douleur au niveau du sein. En même temps, la joue correspondante enfle. L'examen fait reconnaître l'existence d'un emphysème sous-cutané ayant envahi la partie latérale du cou, de la joue et du thorax du même côté. L'accouchement est terminé par une application de forceps, et huit jours après, toute trace d'œdème avait disparu.

Je pense qu'il s'est agi de la rupture d'une vésicule pulmonaire au niveau du point où la malade a ressenti la douleur violente, c'est-à-dire au niveau du sein.

M. Guéniot. Je crois que, sitôt l'emphysème constaté, il faut terminer l'accouchement le plus vite possible, à la condition que la femme soit dans les conditions requises. Il faut de plus recommander à la malade d'éviter tout effort, de respirer faiblement et de ne pas crier.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS. — **M. Petit** présente une modification qu'il a apportée au pessaire intra-utérin de M. Bouilly.

A ce propos, **M. Charpentier** fait remarquer qu'à Lyon on a ajouté au pessaire de M. Bouilly deux ailettes de caoutchouc qui prennent point d'appui sur les parois du col et empêchent ainsi le pessaire d'être expulsé.

M. Petit, rappelant la précédente note de M. Budin, au sujet de l'emploi des injections très chaudes, présente un instrument qui permet d'administrer ces dernières à la température de 54 degrés, sans danger de brûlures pour les parties cutanées. R. MERCIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

Janvier 1896.

Le secret médical et la déclaration obligatoire des embryons et fœtus. — **M. Lutaud.** Ayant eu récemment à déclarer la naissance d'un fœtus de quatre mois et demi, dont la mère ne voulait pas se faire connaître, je fis une simple déclaration aux fins d'inhumation dudit fœtus. Mais, au bureau de l'état civil, il me fut répondu qu'il y avait là matière à une double déclaration de naissance et de décès, que le médecin de l'état civil devait se rendre au domicile de la mère pour constater le décès et qu'ensuite l'administration des pompes funèbres irait faire la levée du corps. Après une série de démarches et par dérogation spéciale, le maire consentit à recueillir le fœtus, donna rendez-vous à la mairie au médecin de l'état civil et chargea les pompes funèbres de prendre le fœtus.

Cette solution d'un cas particulier ne résout pas les difficultés qui pourront se représenter dans les mêmes circonstances, et l'on est en droit de se demander pourquoi la loi, qui permet au médecin de déclarer un enfant vivant sans divulguer le nom et le domicile de la mère, ne serait pas applicable à la déclaration des embryons.

Une solution pratique serait, à mon avis, que le maire pût accepter le dépôt du fœtus et charger les pompes funèbres de venir l'enlever. Si, malgré l'arrêté du préfet de la Seine en date du 26 février 1882, nombre de fœtus sont encore jetés aux fosses d'aisances, c'est que beaucoup de femmes honorables ne tiennent pas à ce que leurs accidents puerpéraux soient connus.

M. Vibert. On a déjà contesté ici la légalité de l'arrêté de 1882. La question soulevée par M. Lutaud est des plus importantes, et la solution qu'il propose me paraît très admissible.

M. Leblond. L'arrêté préfectoral visé par M. Lutaud est forcément tombé en désuétude, car nous ne sommes pas obligés de déclarer les décès. M. Lutaud n'avait donc pas à se charger de la déclaration du fœtus.

M. Masbrenier. En province comme à Paris, la déclaration des fœtus de quatre mois et demi est généralement obligatoire. Mais, il y a plus, dans certains départements on publie la naissance et le décès du fœtus. Je crois donc qu'il y aurait grande utilité à mettre cette question à l'ordre du jour de la Société.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Les attaques contre le traitement mercuriel de la syphilis se multiplient depuis quelque temps d'une façon un peu inquiétante pour les vieilles méthodes. Mais tandis qu'à Vienne, où l'on se vante de ne mercurialiser les syphilitiques qu'à la dernière extrémité, le jeu est franc, à Berlin on procède plus délicatement, l'attaque est conduite d'une façon plus savante.

Ainsi, à la dernière séance de la *Société de médecine interne de Berlin* (séance du 6 janvier), **M. Heller** a fait une très longue communication sur la **polynévrite mercurielle expérimentale**, tendant à montrer comme quoi les lapins soumis aux injections de mercure peuvent réaliser toute une série de troubles d'origine médullaire. Deux lapins, surtout, se sont montrés particulièrement sensibles à l'action du mercure. L'un a été pris, après la première injection de 12 milligrammes de mercure, d'une diarrhée qui ne fit qu'augmenter aux injections suivantes. Pour venir à bout de cette diarrhée, il a fallu mettre le lapin au régime lacté absolu et à l'opium, et c'est ainsi seulement qu'on a pu continuer l'expérience.

Dans la suite, le lapin a présenté d'abord une hémiparésie gauche, puis une paralysie du membre postérieur du côté droit, puis une paraplégie totale, puis une contraction des genoux. Ses poils tombèrent et des ulcérations parurent sur la face plantaire de ses pattes. Il finit par succomber, dans le marasme, à une attaque de convulsions épileptiformes. A son autopsie, on trouva une entérite ulcéreuse, comme dans toutes les intoxications mercurielles, et, à l'examen microscopique, une dégénérescence des racines motrices et sensitives de la moelle et des névrites périphériques.

Le second lapin vit encore. Il est, depuis quinze jours, au régime des injections sous-cutanées de sublimé, à la dose de 12 milligrammes. Sans avoir eu la diarrhée, il a présenté, dès la première injection, une inappétence absolue, si bien qu'il a fallu le nourrir à la sonde. Lui aussi est devenu paralytique de son train postérieur, a perdu son poil et s'est couvert d'ulcérations aux pattes. Mais il vit encore.

Voilà donc deux lapins auxquels on a conféré une polynévrite par les injections de mercure. Et comme c'est le mercure qui a..... fait tout cela, M. Heller désirerait qu'on renonçât au traitement mercuriel chez les tabétiques, les sclérotiques de la moelle, dans les antécédents desquels on trouve ou l'on soupçonne la syphilis. Mais bien loin est de M. Heller l'idée de combattre l'emploi du mercure chez les syphilitiques ordinaires. **M. Leyden**, qui est intervenu dans la discussion, a appuyé les conclusions de M. Heller, à savoir que chez certains syphilitiques, ou pris à tort pour tels, le mercure provoque une série de troubles nerveux, de la polynévrite avec paralysie, de l'ataxie, des troubles de la sensibilité, etc. Donc le maniement du mercure n'est pas aussi simple qu'on le croyait jusqu'à présent.

A la même Société, **M. Jastrowitz** a présenté la **photographie des phalanges d'une main vivante**, obtenue à l'aide d'un procédé imaginé par le professeur **Roentgen** (de Wurzbourg). Comme la photographie du squelette et des viscères d'un homme peut trouver ses indications et rendre certainement des services en clinique, — et c'est là le point sur lequel a insisté M. Jastrowitz, — on nous permettra de dire, en deux mots, en quoi consiste le procédé de M. Roentgen.

On sait que lorsqu'on fait passer un courant électrique à travers un tube en verre dans lequel on a fait le vide, il se forme une image lumineuse. Or M. Roentgen a constaté que les rayons lumineux peuvent, dans ces conditions, traverser des corps opaques, des plaques de carton, de bois, de métal, et être reçus sur un écran ; et qu'en substituant à l'écran une plaque sensible on pouvait obtenir des images photographiques très nettes. C'est ainsi qu'il a pu photographier les phalanges d'une main vivante, les os se laissant moins facilement traverser par ces rayons que les parties molles qui les recouvrent.

RUSSIE

A la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Kieff. **Krol** a communiqué **trois cas d'utérus rudimentaire.** Dans le premier cas, il s'agit d'une paysanne de vingt-sept ans qui n'a jamais été réglée. A vingt et un ans elle s'est mariée, et peu de temps après le mariage elle commençait à souffrir de maux de têtes revenant périodiquement et accompagnés de douleurs lombaires, de vertiges et de tuméfaction des seins. Le premier coït a déterminé de fortes douleurs et des hémorrhagies par les organes génitaux ; les rapports sont devenus par la suite relativement faciles. A l'examen, on trouve les seins peu développés, les organes génitaux externes à peu près normaux, l'orifice uréthral un peu élargi. Le vagin se présente sous forme d'un cul-de-sac long de 6 centimètres. A la place de l'utérus, on perçoit par le toucher rectal, un tractus de la largeur d'un crayon, au bout duquel se trouvent deux corps gros comme des haricots. Le second cas concerne une jeune femme de vingt et un ans, qui, elle non plus, n'a jamais eu de règles ; seulement les maux de tête survenant aux époques menstruelles sont moins intenses que chez la première malade. Mariée à vingt ans, le désir sexuel est assez prononcé ; le coït, après des tentatives douloureuses qui ont duré trois semaines, se fait actuellement par l'urètre, ce qui est très pénible à la malade. Les seins sont bien développés, les organes génitaux externes présentent un aspect infantile, l'urèthre est élargi et laisse passer facilement l'index ; à la place du vagin, on trouve un cul-de-sac long de 3 cent. 1/2. Par le rectum on perçoit un tractus large environ de 2 centimètres, à droite duquel se trouve un corps du volume d'une amande. Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans qui présente les mêmes troubles, auxquels s'ajoute l'incontinence d'urine survenue peu de temps après le premier coït. En outre, l'urèthre présente une déchirure longue de 2 centimètres. Krol fait remarquer que ces vices de conformation sont assez rares. Schrœder en a observé 11 cas en l'espace de dix ans ; à la Clinique obstétricale de Kieff, on a noté 38 cas sur 8.932 malades. Quant au traitement, Krol dit que dans les cas où la dysménorrhée est très prononcée, l'ovariotomie est tout indiquée ; s'il s'agit de femmes mariées chez lesquelles le coït se pratique par l'urèthre, comme chez la seconde malade, il y a lieu de former artificiellement un vagin.

ÉTATS-UNIS

Charles K. Briddon a relaté, à *The New-York Surgical Society*, 3 cas de **rupture intrapéritonéale de la vessie** qui doivent engager une fois de plus à la rapidité de l'intervention dans les traumatismes de l'abdomen. Deux des malades étaient en plein état d'ivresse lorsqu'ils reçurent un choc violent sur la paroi abdominale. Le diagnostic de rupture de la vessie fut porté et l'opération faite huit heures et demie après l'accident dans un cas, dix-sept heures après dans l'autre. La mort survint le quatrième jour pour le premier, le second jour pour le second. Chez un troisième malade, l'étiologie de la rupture reste douteuse ; quand à l'issue, elle fut également malheureuse. L'intervention fut pratiquée le cinquième jour et la mort survint le lendemain.

A propos de ces trois cas, l'auteur refait la symptomatologie de la question. Il rappelle que le choc est généralement très prononcé, bien que l'on ait vu des malades marcher après l'accident durant plusieurs heures. Comme symptômes locaux, on note des besoins d'uriner impérieux sans miction. Parfois le malade arrive à émettre quelques gouttes ou quelques grammes d'urine sanguinolente. Le cathéter ne permet de retirer qu'un peu d'urine sanguinolente ; s'il peut pénétrer, à travers la déchirure vésicale, jusque dans l'abdomen, il donnera issue à une plus grande quantité d'urine. La palpation fera reconnaître à l'hypogastre une tuméfaction plus ou moins bien délimitée, fluctuante, d'une sensibilité extrême et mate à la percussion. Bientôt apparaît le cortège symptomatique habituel de l'inflammation péritonéale.

Faut-il, pour poser le diagnostic, avoir recours, dans les cas douteux, à l'injection dans la vessie d'un liquide stérilisé ou antiseptique, qui permettra de remplir la vessie et ressortira parfaitement clair, si cette dernière n'est pas perforée? L'auteur ne le pense pas, et il craint que, dans le cas de rupture, cette injection détruise les quelques adhérences protectrices qui ont pu se former et n'ait ainsi d'autre résultat que celui de diffuser les lésions inflammatoires.

Quant au traitement, il préconise le suivant : incision médiane sus-pubienne qui permet de donner issue à l'urine épanchée dans le péritoine, recherche de la plaie vésicale, en mettant au besoin le malade dans la position de Trendelenburg, suture de la plaie, lavage du péritoine et drainage. Puis le malade est placé dans la position de la taille et l'on pratique, à travers le périnée, l'ouverture de la vessie : une sonde périnéale est mise et fixée aux parties molles.

Curtis n'est pas favorable à l'emploi de la sonde périnéale, dont il ne voit pas la nécessité.

Briddon, au contraire, trouve que cette taille périnéale ne complique pas beaucoup l'opération, et qu'elle a l'avantage de mieux drainer la vessie et d'être préférée par le malade à des cathétérismes répétés. Il insiste surtout sur la nécessité d'opérer de bonne heure, immédiatement après l'accident, si c'est possible, sans attendre l'éclosion des symptômes qui viennent confirmer le diagnostic.

A la même Société, **Charles K. Briddon** a présenté un malade, âgé de cinquante ans, auquel il a pratiqué avec succès la **gastroentérostomie avec le bouton de Murphy** pour un carcinome du pylore. Le bouton fut expulsé le treizième jour. Depuis l'opération, le malade a augmenté de poids et de force.

William B. Coley a montré une femme, âgée de trente-deux ans, à laquelle il a pratiqué une **thyroidectomie pour un goitre exophtalmique**. Avant l'intervention, le pouls se tenait entre 110 et 120, la dyspnée était très grande, et le moindre effort causait des accès de suffocation ; la malade ne pouvait parler qu'à voix basse. Six mois après l'opération, la voix est redevenue à peu près normale, la dyspnée a entièrement disparu, l'exophtalmie est moins marquée et les pulsations cardiaques moins rapides.

Quant à l'intervention, elle a consisté dans l'ablation de toute la moitié gauche de la tumeur. Il y eut une hémorrhagie considérable qui fut difficile à arrêter : on dut recourir à un grand nombre de ligatures. Malgré la difficulté de l'opération, la plaie ne fut pas drainée.

Les suites ne furent pas des plus simples et, pendant quelques jours, l'état de la malade fut des plus critiques. On releva en particulier une accélération marquée du pouls et de la respiration. Dès que ces accidents prirent fin, la convalescence fut rapide. Quant à la plaie, elle guérit par première intension.

La tumeur enlevée pesait près de 100 grammes ; elle mesurait 10 centimètres 1/2 de long sur 5 de large.

L'examen microscopique en a été pratiqué : il s'agissait d'un adénome cystique remarquable par une vascularisation abondante.

L. W. Hotchkiss a présenté une enfant de neuf ans à laquelle il a pratiqué une **arthrotomie pour une luxation en arrière du coude, irréductible et datant de cinq semaines.** Il pratiqua une incision postérieure et une antérieure, détruisit toutes les brides fibreuses qui s'opposaient à la réduction, abrasa dans la cavité sigmoïde du tissu de nouvelle formation, réséqua quelques pointes osseuses et réduisit facilement les os à leur place. Pas de drainage. Appareil plâtré. Le membre est placé à angle droit. Réunion par première intension.

Deux mois plus tard les mouvements de flexion et d'extension sont possibles. La flexion se fait jusqu'à angle droit, l'extension est presque complète. Il existe une légère mobilité latérale. L'étendue des mouvements s'accroît de jour en jour et l'articulation est solide et utile.

CHIRURGIE PRATIQUE

UN NOUVEAU BOUTON ANASTOMOTIQUE

Description de l'instrument.

Il existe plusieurs modèles de boutons anastomotiques numérotés de 1 à 5.

Prenons comme type de description le grand modèle n° 5, qui est destiné à la gastro-entérostomie et à l'entéro-anastomose.

Ce bouton, vu de face, a la forme d'un anneau elliptique. Son orifice central mesure 5 millimètres de large sur 30 millimètres de long. L'orifice est bordé par des lames séparées par 6 incisures.

Lorsqu'on regarde le bouton de profil, on constate que ses bords sont excavés en gouttière ; cette gouttière circulaire mesure 7 millimètres de profondeur et 10 millimètres de large. Les bords de la gouttière sont représentés par les lames et incisures signalées plus haut.

La longueur totale de l'instrument est d'environ 45 millimètres ; sa largeur de 20 à 21 millimètres.

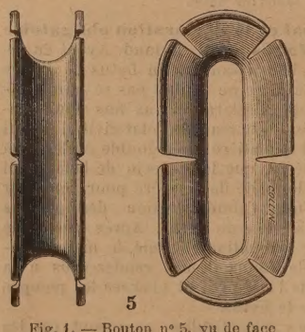

Fig. 1. — Bouton n° 5, vu de face et de profil.

La circonférence est de 62 millimètres, quand la gouttière n'a pas ses bords rapprochés ; elle tombe à 50 ou 55, quand on serre avec les doigts les bords de la gouttière.

Le *bouton n° 1* a un orifice de 10/5 millimètres et une gouttière de 6 millimètres de profondeur et de 10 millimètres de largeur. Il est destiné à la cholécystentérostomie, ou à la suture circulaire d'un petit intestin grêle.

Le *bouton n° 2* a un orifice de 10/5 millimètres et une gouttière de 7 millimètres de profondeur sur 10 millimètres de largeur. Il sert pour la suture circulaire de l'intestin grêle.

Le *bouton n° 3* a un orifice de 15/5 millimètres et une gouttière de 7 millimètres de profondeur sur 10 millimètres de large.

Le *bouton n° 4* a un orifice, de 15/10 millimètres et une gouttière de 7/10 millimètres. Il sert à la suture circulaire du gros intestin.

Le *bouton n° 5* a un orifice de 30/5 millimètres et une gouttière de 7/10 millimètres ; il sert pour la gastro-entérostomie et l'entéro-anastomose.

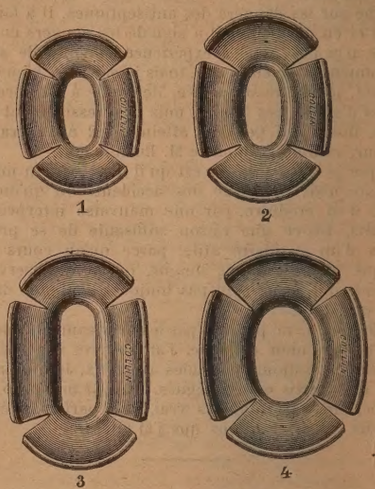

Fig. 2. — Boutons anastomotiques de 1 à 4.

Du rôle de l'instrument.

Supposons que nous voulions établir une entéro-anastomose avec notre bouton n° 5.

Nous faisons d'abord une incision sur chaque anse ; puis, à l'aide de sutures en bourse, nous fronçons les orifices faits à l'intestin, et nous les appliquons étroitement contre le fond de la gouttière circulaire du bouton.

Nous avons alors l'aspect donné par la figure 3 qui représente une coupe verticale de l'intestin.

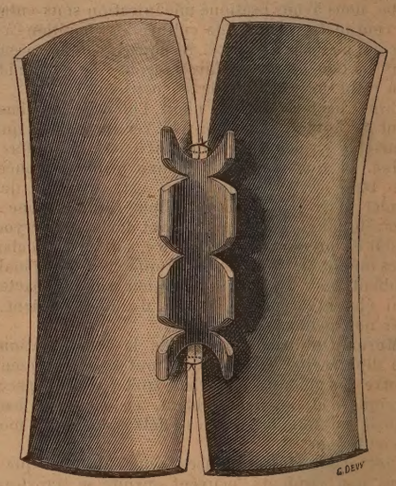

Fig. 3. — Coupe verticale de l'intestin montrant le bouton en place dans une entéro-anastomose. La gouttière n'est pas serrée.

Avec les doigts, nous pressons sur les bords de la gouttière, à travers les parois intestinales, de façon à rétrécir considérablement la gouttière, et à maintenir solidement au contact les parois intestinales rapprochées ; cette fermeture de la gouttière économise, pour ainsi dire, un étage de sutures.

Le principe de l'instrument réside donc en ceci, que les bords de la gouttière sont malléables et peuvent être facilement rapprochés par la pression des doigts.

Les incisures permettent d'augmenter la flexibilité du métal et de diviser le travail du serrage entre plusieurs segments qu'on traite successivement.

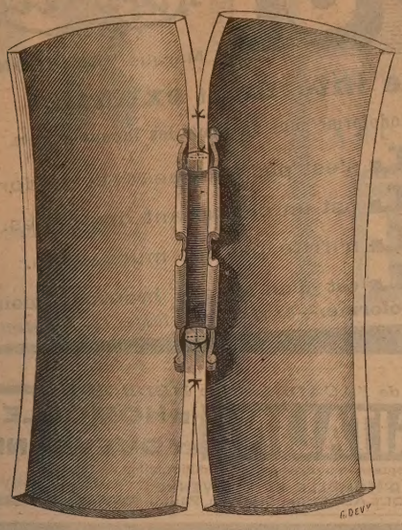

Fig. 4. — Coupe d'une entéro-anastomose. La gouttière est serrée.

Manuel opératoire.

1° Entéro-anastomose. — 1er *temps* : Les deux anses ayant été incisées, nous réunissons les lèvres postérieures des deux incisions par une suture en surjet.

2e *temps*. — Nous plaçons la gorge postérieure du bouton à cheval sur le surjet précédent; nous rabattons le chef supérieur du fil dans la gorge antérieure et nous nouons les deux chefs, non pas sur le milieu de la gouttière, mais à son extrémité.

3e *temps*. — Nous rabattons le bouton à gauche (ou à droite), de façon à rendre accessible sa gorge postérieure. Dans cette gorge, nous engageons le milieu d'un fil CD que nous maintenons en place. Nous replaçons ensuite le bouton dans sa position primitive.

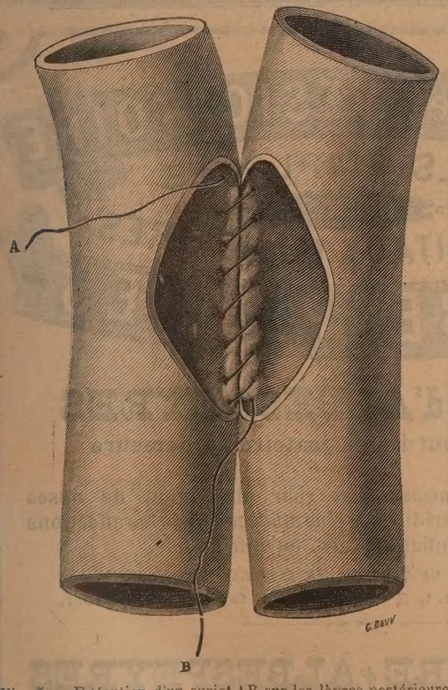

Fig. 5. — Exécution d'un surjet AB sur les lèvres postérieures de l'anastomose.

4e *temps*. — Avec le chef supérieur C du fil CD, nous faisons un surjet sur les lèvres antérieures de l'orifice intestinal. Ce surjet n'est pas encore terminé sur la figure 7 (de gauche); il est terminé sur la figure de droite.

On noue enfin les chefs C et D.

5e *temps*. — Déprimant alors avec une sonde cannelée la suture antérieure, nous serrons avec les doigts les bords de la gouttière à travers les parois intestinales.

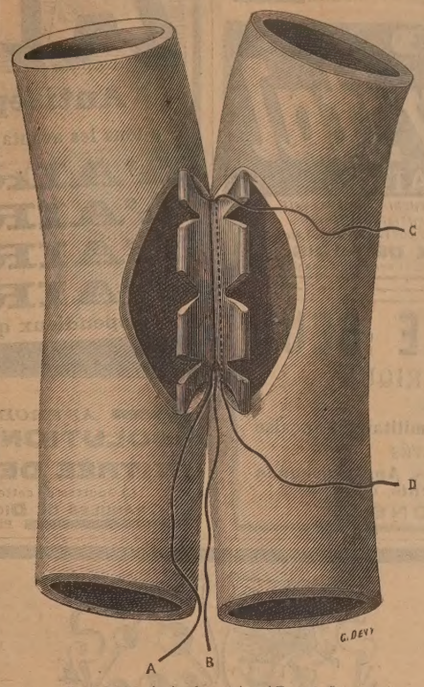

Fig. 6. — Les deux chefs du surjet AB ont été noués sur la gouttière. On a engagé le milieu du fil CD dans la gorge postérieure de la gouttière.

Si l'affrontement est parfait, les sutures complémentaires sont inutiles; en cas contraire, on se contentera de sutures séro-séreuses, espacées les unes des autres d'un centimètre environ.

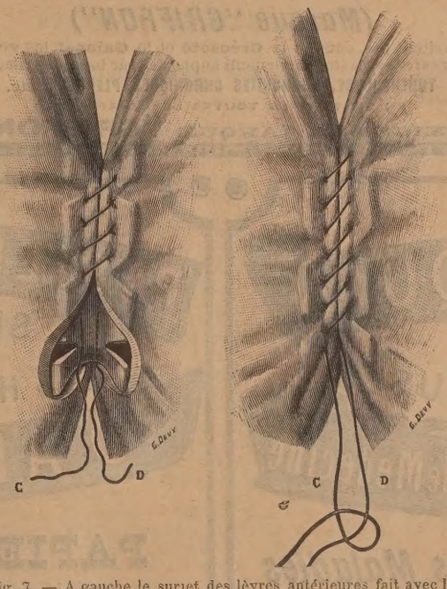

Fig. 7. — A gauche le surjet des lèvres antérieures fait avec le chef C n'est pas terminé. A droite ce surjet est terminé, il n'y plus qu'à nouer les chefs C et D.

2° Suture circulaire. — Nous traiterons les deux orifices circulaires de la même façon que ceux de l'entéro anastomose; nous placerons un surjet sur la demi-circonférence postérieure des deux orifices; on le nouera sur le bouton.

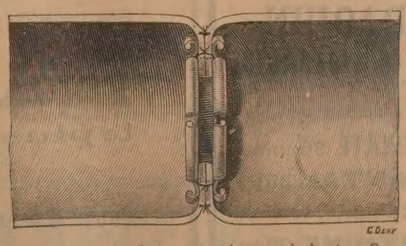

Fig. 8. — Suture circulaire exécutée avec le bouton. Sur cette figure la gouttière a été serrée.

Nous glisserons un second fil dans la gorge postérieure de la gouttière; avec un de ses chefs, nous ferons le surjet des lèvres antérieures; puis nous nouerons les deux chefs et serrerons la gouttière.

N. B. — Nous conseillons de faire les surjets avec de la soie plate, moyenne, résistante, et une aiguille droite de Reverdin, de taille ordinaire (aiguille pour les sutures de la peau).

Dr H. Chaput.
Chirurgien des Hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

W. Œttinger. — *Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte.* (O. Doin, éditeur. Paris, 1896.)

Dans l'excellent volume qu'il vient de faire paraître dans la *Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale*, M. Œttinger a traité de la thérapeutique du rhumatisme et de la goutte, réunissant ainsi les états morbides que l'ancienne conception des diathèses considérait comme deux branches issues d'un même tronc, et que la médecine actuelle a de grandes et légitimes tendances à démembrer, du moins en certains points. Intitulant ce volume « Thérapeutique du Rhumatisme », l'auteur est resté dans la tradition ancienne, mais toutes les doctrines qu'il soutient s'appuient sur la conception moderne non pas *du* mais *des* rhumatismes.

Disons de suite que chacune des idées développées dans ce volume l'a été avec une méthode des plus scientifiques. C'est ainsi que l'exposé très sommaire des questions doctrinales dont la connaissance est nécessaire à l'institution d'une thérapeutique rationnelle, c'est-à-dire autant que possible pathogénique, est une synthèse parfaite de nos connaissances sur les causes, la genèse, les lésions des affections dont le traitement doit être étudié.

La première partie du volume est consacrée au traitement du rhumatisme articulaire aigu que M. Œttinger considère comme une maladie infectieuse et qu'il sépare nettement des affections chroniques, dites rhumatismales. Il appuie sa thèse sur l'observation clinique et aussi sur la thérapeutique, les composés salycilés constituant un véritable spécifique de la polyarthrite aiguë. Il est ainsi naturellement amené à étudier le salicylate de soude et ses succédanés, chapitre de thérapeutique générale; il aborde ensuite le traitement pendant l'attaque articulaire chez l'adulte, puis chez l'enfant, le traitement des manifestations viscérales et autres, celui de la convalescence; pour terminer par la médication hydro-minérale contre les effets éloignés du rhumatisme aigu.

Si nous avons énuméré, par ordre, chacun des chapitres qui constituent cette première partie, c'est que de cette énumération ressort ce que nous avancions plus haut, à savoir, la méthode parfaite que M. Œttinger a suivie dans la conception de ce volume.

La thérapeutique des rhumatismes chroniques ne le cède en rien à celle du rhumatisme aigu. A ce propos, l'auteur pose très nettement la question doctrinale; pour lui, le rhumatisme chronique constitue un cadre dans lequel on fait rentrer des maladies très diverses par leur nature et qui n'ont entre elles que des ressemblances cliniques. Toute sa thérapeutique est basée sur cette conception nosographique et M. Œttinger s'est efforcé de formuler, suivant chaque modalité clinique, un traitement pathogénique.

La troisième partie est consacrée à la goutte. Là, tout aussi bien que dans les chapitres précédents, M. Œttinger a déployé les grandes qualités du clinicien moderne, qui s'appuie sur les données les plus actuelles de l'expérimentation. Fidèle à sa méthode, il a montré d'abord ce que l'on doit entendre par la goutte ou mieux par l'état goutteux et comment cet état se constitue chez les individus. Il était ainsi conduit au traitement préventif de la goutte, à l'hygiène du goutteux, à laquelle il a donné la large place qui lui convient. Il aborde ensuite la thérapeutique générale, puis le traitement de l'attaque, enfin le traitement de la goutte chronique, de la goutte larvée, pour terminer par la médication hydro-minérale.

Bien que la « Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte » soit présentée sous la forme d'un manuel, elle n'en a pas moins une portée beaucoup plus haute. C'est que l'auteur, par les idées de pathologie et de thérapeutique générales sur lesquelles il s'est appuyé, a fait une mise au point parfaite des sujets qu'il a traités. En l'étudiant, le médecin se fera une idée absolument nette de la façon dont on doit concevoir aujourd'hui le rhumatisme aigu, les rhumatismes chroniques, la goutte; il comprendra, par conséquent, quel doit en être le traitement rationnel. Ajoutons, pour terminer, que la forme dans laquelle M. Œttinger a rédigé son livre en rend la lecture aussi attachante qu'instructive.

E. de Lavarenne.

PHOTO-GAZETTE, *Revue internationale illustrée de la photographie et des sciences et arts qui s'y rattachent.* Journal absolument indépendant. *Rédacteur en chef :* G. Mareschal. Paraît par fascicules mensuels de 20 pages in-8° jésus, avec une illustration hors texte. — Prix de l'abonnement annuel ; Paris et Départements. 7 fr.; Etranger, 8 fr. (Georges Carré, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

ANNALES DE MICROGRAPHIE spécialement consacrées à la *bactériologie*, aux *protophytes* et aux *protozoaires*. Rédacteur principal : *Docteur* Miquel, directeur du service micrographique à l'observatoire municipal de Montsouris. Cette publication paraît par fascicules mensuels de 48 pages in-8° raisin, avec figures et planches hors texte. — Prix de l'abonnement annuel : Paris 20 fr.; Départements et Union postale, 22 fr. (Georges Carré, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.
1 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULE; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;) Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE

CICATRISANT LES PLAIES

Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française

PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS

Très efficace contre les **Anthrax, Cancers, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements**, etc.

SE DÉFIER DES IMITATIONS

APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE

SOLUTION TITRÉE DE **DIGITALINE** D'HOMOLLE ET QUEVENNE

10 Gouttes de cette Solution représentent exactement 1 milligramme de Digitaline.

GRANULES DE DIGITALINE D'HOMOLLE ET QUEVENNE (1 à 2 dans les 24 heures)

Pharmacie COLLAS, 8, Rue Dauphine, PARIS.

CARBONATE de CRÉOSOTE Marque "GRIFFON"

GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

Le CARBONATE de CRÉOSOTE et le CARBONATE de GAÏACOL *(Marque "GRIFFON")*

N'irritent pas, comme la **Créosote** et le **Gaïacol**, les *voies digestives*, et sont facilement supportés par tous les malades.

TUBERCULOSE, BRONCHITES CHRONIQUES, PLEURÉSIE, etc.

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

EXIGER la MARQUE "GRIFFON"

CARBONATE de GAÏACOL Marque "GRIFFON"

GARANTI CHIMIQUEMENT PUR

CAPSULES RAQUIN

SEULES CAPSULES GLUTINEUSES

Approuvées par l'Académie de Médecine

S'emploient dans toutes les Maladies

La **CAPSULE RAQUIN**, ne se dissolvant que dans l'intestin grêle, est très bien tolérée par les estomacs même les plus délicats.

PRINCIPALES CAPSULES RAQUIN

BICHLORURE D'HYDRARGYRE (1 centigr. par Capsule, sans opium).	**PROTOIODURE D'HYDRARGYRE** (5 centigr. par Capsule, sans opium).
COPAHIVATE DE SOUDE (50 cent.).	**SALOL** (25 centigrammes).
COPAHU TITRÉ (50 cent.)	**SALOL COPAHIVATÉ** (36 centigr.)
CUBÈBE (1 gramme).	**SALOL-SANTAL** (36 cent.)
GOUDRON (25 centigrammes).	**SANTAL** (25 centigr. d'essence).
ICHTHYOL (25 centigrammes).	**TÉRÉBENTHINE** (25 cent.)

DOSES par jour : 1 à 3 Capsules Raquin hydrargyriques, ou 3 à 15 des autres sortes, au moment des repas.

Exiger la Signature (Raquin)

et le TIMBRE de l'UNION des FABRICANTS

PRIX : *Goudron* ou *Térébenthine*, 2 fr. 50 ; les autres 5 francs.

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS.

PAPIER et VÉSICATOIRE SEULS EMPLOYÉS DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES D'ALBESPEYRES

PAPIER d'ALBESPEYRES

pour le **pansement** des **Vésicatoires à demeure**

Agent révulsif et *antibacillaire* (par absorption de doses infinitésimales de cantharidine) *le plus efficace* contre les affections chroniques de nature inflammatoire ou infectieuse.

1 FR. LA BOÎTE DE 25 FEUILLES

Quatre numéros : 1 faible, 1, 2 et 3, du plus faible au plus fort.

VÉSICATOIRE d'ALBESPEYRES

Le plus efficace des Vésicants

Prenant toujours en 4 à 10 heures.

Pour éviter les substitutions, prescrire :

Vésicatoire d'Albespeyres *et exiger sur chaque carré de 5 centimètres la* **signature** *ci-contre :* Albespeyres

DÉTAIL : Phie d'ALBESPEYRES, 80, Faubg St-Denis, Paris.

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS.